

LA

ROSÉOLE REMONTÉE

consécutive aux chancres infectants

de l'extrémité céphalique

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

par

LAURENT CAMBOULIVES

de la Faculté de Médecine de Paris

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

PRÉSIDENT : *M. le professeur* GILBERT

PARIS

HENRY PAULIN & C^{ie}, ÉDITEURS

21, RUE HAUTEFEUILLE

1911

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

M. LANDOUZY..... doyen.

PROFESSEURS

MM. NICOLAS.....	Anatomie.
Ch. RICHET.....	Physiologie.
GARIEL.....	Physique médicale.
GAUTIER.....	Chimie organique et chimie générale.
BLANCHARD.....	Parasitologie et histoire naturelle médicale.
ACHARD.....	Pathologie et thérapeutique générales.
WIDAL.....	} Pathologie médicale.
DEJERINE.....	
LANNELONGUE.....	Pathologie chirurgicale.
P. MARIE.....	Anatomie pathologique.
PRENANT.....	Histologie.
HARTMANN.....	Opérations et appareils.
POUCHET.....	Pharmacologie et matière médicale.
MARFAN.....	Thérapeutique.
CHANTEMESSE.....	Hygiène.
THOINOT.....	Médecine légale.
CHAUFFARD.....	Histoire de la médecine et de la chirurgie.
ROGER.....	Pathologie expérimentale et comparée.
HAYEM.....	} Clinique médicale.
GILBERT.....	
DEBOVE.....	
LANDOUZY.....	
HUTINEL.....	Maladies des enfants.
G. BALLET.....	Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale.
GAUCHER.....	Clinique des mal. cutanées et syphilitiques.
DELBET.....	} Clinique chirurgicale.
QUENU.....	
RECLUS.....	
SEGOND.....	
DE LAPERSONNE.....	Clinique ophtalmologique.
ALBARRAN.....	Clinique des maladies des voies urinaires.
BAR.....	} Clinique d'accouchements
PINARD.....	
RIBEMONT DESSAIGNE.....	
POZZI.....	
KIRMISSON.....	Clinique gynécologique.
A. ROBIN.....	Clinique chirurgicale infantile
	Clinique thérapeutique.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BALTHAZARD,	DESGREZ,	LECENE,	OMBREDANNE,
BERNARD,	DUVAL PIERRE,	LENORMANT,	PROUST,
BRANCA,	GOUGEROT,	LEQUEUX,	RATHERY,
BRINDEAU,	GREGOIRE,	LERI,	RETTERER,
BROCA ANDRÉ,	GUENIOT,	LOEPER,	RICHAUD,
BRUMPT,	GUILLAIN,	MACAIGNE,	ROUSSY,
CAMUS,	JEANNIN,	MAILLARD,	ROUVIERE,
CARNOT,	JOUSSET ANDRÉ,	MORESTIN,	SCHWARTZ,
CASTAIGNE,	LABBE MARCEL,	MULON,	SICARD,
CHEVASSU,	LANGLOIS,	NICLOUX,	TERRIEN,
CLAUDE,	LAIGNEL-LA-	NOBECOURT,	TIFFENEAU,
COUVELAIRE,	VASTINE,	OKINCZYC,	ZIMMERN,

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LAURENT ARMAND

Secrétaire général du Tarn
Chevalier de la Légion d'Honneur

ET DE MON ONCLE

LE DOCTEUR JEAN CAMBOULIVES

A MON PÈRE

FRANÇOIS CAMBOULIVES

Pharmacien
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

PIERRE CAMBOULIVES

Docteur en Pharmacie
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

ARMAND CAMBOULIVES

du Salon des Poètes Méridionaux

A MONSIEUR EMILE LAURENT

Ancien Préfet du Tarn
Secrétaire général de la Préfecture de Police
Commandeur de la Légion d'Honneur

*pour l'amitié gardée à mon grand-père,
en souvenir, ce modeste travail.*

A MONSIEUR HIPPOLYTE SAVARY

Sénateur
Président du Conseil général du Tarn

*hommage respectueux ;
bien affectueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR JUSTIN DUPAU

Chirurgien honoraire des Hôpitaux de Toulouse
Chevalier de la Légion d'Honneur

avec ma profonde affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR EDOUARD BOUSSAC

*en reconnaissance
de son affectueux dévouement.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de Clinique Médicale
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'Honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR E. JEANSELME

Professeur agrégé à la Faculté

Médecin de l'Hôpital Broca

*témoignage de respect,
de gratitude et d'admiration*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR GASTON LION

Médecin de l'Hôpital de la Pitié
Chevalier de la Légion d'Honneur

*dont la bienveillante direction me fut si précieuse,
témoignage de respectueux attachement.*

A MES PREMIERS MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE TOULOUSE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat 1905-1906

M. le Professeur KIRMISSON, Chirurgien de l'Hôpital des Enfants malades.

Externat 1906-1907

MM. le Docteur Ed. SCHWARTZ, Agrégé, Chirurgien de l'Hôpital Cochin.

le Docteur P. RICHE, Chirurgien de l'Hôpital Cochin.

Externat 1907-1908

MM. le Docteur M. LETULLE, Agrégé, Médecin de l'Hôpital Boucicaut.

le Docteur CASTAIGNE, Agrégé, Médecin des Hôpitaux.

Externat 1908

M. le Professeur P. SEGOND, Chirurgien de la Salpêtrière.

Externat 1909

MM. le Docteur DOLÉRIS, Accoucheur de la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine.

le Docteur FUNCK-BRENTANO, Accoucheur de la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine.

Externat 1909-1910

MM. le Docteur G. LION, Médecin de l'Hôpital de la Pitié.

le Docteur R. BENSAUDE, Médecin des Hôpitaux.

Externat 1910-1911

MM. le Docteur E. JEANSELME, Agrégé, Médecin de l'Hôpital Broca.

le Docteur LAIGNEL-LAVASTINE, Agrégé, Médecin des Hôpitaux.

Internat 1911

MM. le Docteur ARROU, Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié.

le Docteur FREDET — — —

le Docteur ALGLAVE — — —

M. le Docteur POCTOCKI, Agrégé, Accoucheur de l'Hôpital de la Pitié.

M. le Docteur A. BAUMGARTNER, Chirurgien des Hôpitaux.

A TOUS

Humble hommage de profonde gratitude.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

La connaissance des chancres extra-génitaux date d'une époque éloignée. Ce mode de dissémination du virus praeastorien se trouve déjà relaté par les auteurs contemporains de la grande épidémie syphilitique du xv^e siècle.

Nicolas Massa (1532) dans son traité *De morbo gallico*, Botall Léonard (1563), Brasavola, Astruc, Hunter, insistent déjà sur ce point. En 1850, Ricord cite le premier cas de chancre oculaire, et dit : « Le chancre est une graine bonne pour tous les terrains, une graine capable de germer n'importe où le hasard la dépose. »

Mais ce n'est qu'en 1860 que l'existence et la fréquence du chancre extra-génital sont mises hors de doute par Fournier qui montre que les chancres céphaliques constituent à eux seuls les trois quarts des chancres extra-génitaux qu'on rencontre en pratique.

Toutefois, une variété de chancre est de date récente; c'est le chancre de l'amygdale, auquel Velpeau ne croyait pas et qu'en 1861, Diday décrit le premier.

Fournier, Bouilloche, Bourges et Hudelo, étudient bactériologiquement la fausse membrane du chancre amygdalien et y

découvrent plusieurs microbes, des cocci, des streptocoques et jusqu'au bactérium coli. Ces infections secondaires apparaissent comme facteur de gravité du chancre, et c'est précisément ce pronostic de la syphilis extra génitale qui a préoccupé de plus en plus les auteurs.

Van Swieten, Swediaur, considèrent le siège de l'accident initial comme un facteur de gravité de la syphilis.

Boërhavé disait du chancre des lèvres, qu'il exposait à des accidents plus dangereux que celui des autres régions du corps, parce qu'en raison de la finesse de l'épithélium des lèvres, le virus y pénétrait plus facilement qu'ailleurs, jusqu'au réseau de Malpighi, pour étendre de là ses ravages sur tout l'organisme.

Fournier, au contraire, montre par l'étude de cas qu'il lui a été donné d'observer que le pronostic de la syphilis extra-génitale n'est pas plus mauvais que celui de la syphilis génitale.

Il rapporte un grand nombre d'observations à l'appui de ses affirmations ; et au cours de leur lecture nous avons pu constater que les accidents cutanés correspondant au début de la période secondaire, c'est-à-dire de la période de généralisation, se traduiraient par des éruptions extrêmement florides, extrêmement abondantes ; nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce fait au cours de notre travail.

Mais, si ce fait clinique a déjà été noté par quelques auteurs, il en est un qui paraît être passé inaperçu, et sur lequel notre éminent maître M. Jeanselme a, le premier, croyons-nous, insisté : « la topographie de l'éruption secondaire varie avec le siège du chancre. »

Dans une de ses cliniques à l'hôpital Beaujon, il disait : « Souvent la période secondaire m'a paru bruyante et riche en manifestations cutanées ; au lieu et place de la roséole, on observait déjà, quelques semaines après le chancre, des infiltrats der-

iniques notables, des syphilides papuleuses ou même papulo-tuberculeuses. En outre, je ne serai pas éloigné de croire que le siège de l'inoculation commande jusqu'à un certain point la topographie des efflorescences secondaires, car, au chancre céphalique, j'ai vu plusieurs fois succéder une éruption, mais limitée à la partie sus-diaphragmatique du corps, du moins prédominante de cette région. »

Et plus tard, au sujet d'un malade en pleine période secondaire consécutive à un chancre du menton, il ajoutait : « Ce n'est pas seulement par sa forme, c'est aussi par sa topographie que l'exanthème déroge à la règle ; les éléments se sont d'abord cantonnés sur l'extrémité céphalique, puis quelques-uns se sont disséminés sur le haut du tronc. Vous savez que les accidents secondaires ont pour siège le bas-ventre, et la racine des cuisses, en somme le voisinage de la zone génitale. Mais, que l'accident initial soit situé en dehors de cette région, et vous verrez les accidents secondaires se déplacer ; ils suivent pour ainsi dire le chancre, et quand celui-ci est céphalique, souvent la roséole affecte dans sa disposition le type cervico-pectoral. Il semble que la roséole est remontée, comme si elle avait été attirée vers le haut du corps par le siège céphalique du chancre. » (Thèse Garric, inspirée par M. Jeanselme.)

Garric, dans sa thèse, insiste surtout sur la date d'apparition et la forme des syphilides secondaires consécutives au chancre extra-génital ; il ébauche déjà la question de la répartition. Mon excellent collègue et ami Mathias (autre élève de M. Jeanselme), dans son étude de la « Syphilide pigmentaire » parle déjà de « la roséole remontée » et dit que « le chancre syphilitique des lèvres, de la langue, du menton, des joues, des gencives et de la nuque est suivi par la roséole syphilitique comme le corps humain par son ombre. » Ces faits, il nous a été possible

de les constater nous-mêmes dans le service de notre maître à l'hôpital Broca et c'est à M. Jeanselme que nous devons d'avoir pu recueillir le grand nombre d'observations qui nous permet aujourd'hui d'entreprendre l'étude de la « roséole remontée ».

Nous allons donc tâcher de définir ses caractères cliniques et nous verrons tout l'intérêt qu'elle présente au point de vue d'un diagnostic précoce de la syphilis. Quant à sa pathogénie, pour l'expliquer, nous serons sans doute obligé de rester dans le domaine de l'hypothèse ; nous l'essayerons toutefois, car certaines de nos observations nous le permettent peut-être.

ÉTUDE CLINIQUE ET SYMPTOMATOLOGIQUE

Il nous semble utile de rappeler brièvement au début de ce chapitre quels sont les caractères cliniques que revêt en général la roséole classique, celle décrite par tous les auteurs et consécutive la plupart du temps à un chancre génital ou paragénital.

I. — Séméiologie de la roséole classique.

Le chancre et son bubon satellite composent ce qu'on appelle la syphilis primaire, ou mieux la période primitive de la syphilis.

Pour un certain temps, ces deux accidents restent les seules manifestations apparentes de l'infection.

Puis, au-delà, entrent en scène une série de symptômes que l'on désigne sous le nom d'accidents généraux ou constitutionnels.

« Généraux, parce que leur propre est de se répandre partout, de se disséminer dans tous les systèmes, de se généraliser; constitutionnels, parce qu'ils se présentent en toute évidence comme les conséquences d'une infection ayant imprégné tout l'organisme, comme les expressions d'un vice morbide de la constitution. » (Fournier).

La première manifestation de la généralisation de la syphilis est la roséole, et comme telle, elle revêt l'allure d'une éruption étendue à tout le corps, avec prédominance en certains points.

La roséole est donc la plus précoce de toutes les éruptions syphilitiques. Elle inaugure la période secondaire, de la septième à la huitième semaine après le début du chancre, 45 jours environ après l'apparition du chancre.

Le type normal, classique, est constitué par une éruption plus ou moins confluyente et disséminée de simples taches érythéma-teuses.

Ce sont des taches sans saillie, sans squames, sans altération appréciable de l'épiderme ou du derme « semées ça et là, sans aucun ordre, à peu près comme si l'on avait aspergé la peau avec un pinceau chargé d'une teinture rose. »

Comme étendue, ces taches présentent les dimensions d'une petite lentille ou encore celles d'une des anciennes pièces de vingt centimes environ. Très rarement, elles sont plus larges ; toutefois, dans certains cas, plusieurs d'entre elles, situées au voisinage les unes des autres peuvent arriver à se fusionner de façon à constituer des plaques d'une étendue plus considérable.

Ces taches ont une *configuration* variable, se présentant incorrectement arrondies, ovalaires, elliptiques, allongées ou déchiquetées sur leurs bords.

Leur *couleur* varie suivant leur âge. A leur naissance, elles sont d'un rose tendre, rose « fleur de pêcher », puis se fanent peu à peu, à mesure qu'elles vieillissent, pour aboutir enfin à une teinte fanée, rose jaunâtre, légèrement jaune.

Au début, ces taches s'effacent sous la pression du doigt, plus tard, elles ne disparaissent qu'incomplètement.

Le *siège* de la roséole est extrêmement important à connaître, et c'est sur lui que nous voulons attirer tout particulièrement l'attention.

Classiquement, en effet, la roséole est surtout prédominante sur les flancs et le bas-ventre, parce que dans la plupart des cas,

elle est consécutive à un chancre génital ou paragénital et que nous savons que la voie de propagation de l'infection est lymphatico-vasculaire, et suit la topographie des territoires ganglionnaires.

L'exanthème roséolique apparaît encore sur les parties latérales du thorax, la poitrine, le dos, et est assez commune sur les membres, spécialement sur leur face interne. En revanche, dit Fournier, « la roséole ne s'observe ni au visage, (sauf parfois au front, vers la lisière du cuir chevelu), ni aux extrémités. »

Mais si des maîtres éminents comme le Professeur Fournier, Renault, Saintin, ont soutenu avec énergie que la roséole syphilitique ne frappait jamais le cou, on est devenu depuis moins rigoureux, et on y a saisi les mêmes manifestations syphilitiques que partout ailleurs. Mathias, qui a noté toutes les variétés frappant le cou au cours de ses observations, donne le tableau suivant :

	ROSÉOLE			SYPHILIDES		
	Maculeuse	Papuleuse	Circinée	Erythémato-Papuleuse	Miliaire folliculaire	Papulo-tubercul.-ulcér.
Sur 80 femmes	27	3	3	7	4	»
Sur 60 hommes	43	2	»	44	4	3

et ajoute : « La discrétion et sa durée éphémère sont les facteurs essentiels propres à la roséole cervicale. Ils ne s'imposent naturellement qu'après un examen méthodique du cou, et c'est, de ce fait, plus une constatation d'examen médical, qu'une découverte due au malade lui-même. »

« L'exanthème maculeux siège au cou plus souvent qu'on ne le croit, mais il passe inaperçu », disait déjà Neisser.

Nous montrerons nous-mêmes, d'ailleurs, que non seulement le cou et le visage peuvent être pris, mais qu'ils peuvent l'être sans que le reste du corps soit atteint, lorsqu'il s'agit d'une syphilis à point de départ céphalique, ou tout au moins, qu'ils peuvent être atteints d'une façon prédominante. Et contrairement peut-être, à ce qui paraît admis, ces éruptions de la face et

du cou, peuvent être extrêmement marquées, extrêmement florides, qu'elles existent seules, ou qu'elles accompagnent une roséole des régions voisines.

Quant à l'évolution de la roséole, elle est lente et progressive. L'éruption n'est guère complète avant un septennaire au plus tôt. Traitée, elle se fane et disparaît rapidement ; non traitée, elle persiste pendant plusieurs semaines, un mois, deux mois, quelquefois davantage, en devenant de plus en plus foncée, comme maculeuse, et surtout en se compliquant d'autres modalités éruptives. Souvent même, ce qu'on observe alors, et qu'on désigne cependant sous le nom de roséole n'est plus une roséole à proprement parler, mais une syphilide polymorphe, restant érythémateuse comme forme prédominante, mais émaillée çà et là d'éléments éruptifs d'autre genre, tels que papules, papulo-squames, papulo-croûtes. Et précisément, ce sont ces éléments que nous avons vu apparaître consécutivement à la plupart des chancres extra-génitaux qu'il nous a été donné d'observer, en particulier des chancres de l'extrémité céphalique ; mais au lieu d'apparaître tardivement, ils sont au contraire, apparus d'une façon précoce, manifestation première de la généralisation du virus.

C'est dire qu'il existe plusieurs variétés de roséole : 1^o roséole à petites taches (grains de blé), exceptionnelle ; 2^o roséole à larges taches (r. nummulaire), très rare ; 3^o roséole piquetée, dite encore granuleuse ; 4^o roséole ortiée, dite aussi roséole papuleuse, ne différant de la roséole ordinaire que par le seul caractère suivant : ces taches, au lieu d'être absolument plates sont quelque peu élevées, bombées, comme boursoufflées, et font un très léger relief que la vue et le doigt peuvent également apprécier.

Tels sont les variétés et les caractères cliniques de la roséole classique. Nous avons fait remarquer déjà quels étaient les points qui nous paraissaient un peu contraires aux idées, qu'à la suite de notre maître, nous avons pu nous faire de la roséole consécutive aux chancres extra-génitaux, en particulier aux chancres de l'extrémité céphalique.

C'est pour cela que nous avons cru nécessaire de rappeler les caractères de la roséole classique. Nous allons maintenant exposer l'étude clinique de la « roséole remontée » telle que nous l'avons comprise, et qui nous a paru suivre la plupart du temps un chancre de l'extrémité céphalique.

II. — Séméiologie de la roséole remontée.

Nous désignons avec notre maître, M. Jeanselme, sous le nom de roséole remontée, une éruption secondaire, consécutive à un chancre céphalique, et pouvant atteindre le cuir chevelu, le visage, le cou, la nuque et le haut du thorax sans que le reste du corps soit lui-même envahi.

C'est là un type qui s'isole nettement de l'étude de certaines de nos observations; mais, nous devons dire, que bien souvent aussi, la nappe éruptive est disséminée sur tout le corps, plus abondante, plus marquée cependant dans les régions supérieures « comme si elle avait été attirée vers le haut du corps par le siège céphalique du chancre. »

De plus, nous tenons à insister sur le sens précis que nous donnons ici au terme de roséole. Nous avons constaté, en effet, que très rarement, dans les cas de chancre céphalique observés, nous avons eu à faire à une éruption maculeuse franche, mais plutôt à une éruption maculo-papuleuse, et souvent même à une éruption papuleuse à gros éléments infiltrés. Cette éruption étant la première en date, nous croyons pouvoir conserver pour la désigner le terme général de roséole, parce qu'il est habituel d'appeler ainsi la première manifestation cutanée traduisant la généralisation du virus syphilitique. Nous nous empressons de reconnaître que les caractères morphologiques des éruptions que nous avons à décrire ne correspondent pas à ceux que l'on classe d'ordinaire parmi les éruptions roséoliformes, bien qu'un certain nombre de syphiligraphes donnent à ce terme une signification suffisamment étendue pour juger utile en

présence d'une éruption franchement plate de faire suivre le terme de l'épithète de maculeuse.

1° *Date d'apparition de la roséole remontée.* — Il semble que la roséole remontée soit plus précoce dans son apparition que la roséole classique. Ce n'est pas 45 jours après le début du chancre qu'on la voit apparaître, mais parfois quelques semaines après; dans notre observation n° 18, nous voyons l'éruption secondaire se produire dès le quinzième jour après le début du chancre qui siégeait au niveau de la paupière supérieure gauche.

MM. Gaucher et Milian en mars 1903, à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie ont déjà insisté sur ce fait que la période secondaire est avancée après le chancre des lèvres, et Luisi, dans sa thèse, rapporte quelques observations au cours desquelles il fait remarquer cette précocité de l'apparition des éruptions secondaires. Dans notre observation 4, nous avons vu nous-même une éruption apparaître quatre semaines après le début d'un chancre de la commissure labiale gauche. Le malade (obs. 10) qui s'est présenté à nous à l'hôpital Broca dans les premiers jours de janvier, en pleine éruption secondaire, souffrait de la gorge depuis un mois à peine, époque à laquelle avait débuté son chancre.

Mais si la roséole est précoce au cours des chancres de l'extrémité céphalique, il semble aussi qu'elle saute par-dessus le premier stade, celui de la macule, pour s'établir d'emblée sous la forme papuleuse.

Classiquement, en effet, si la roséole est d'abord un érythème diffus, peu à peu, la lésion s'organise, et à la roséole franche fait suite ou s'ajoute une éruption papuleuse, formée de papules saillantes, constituées « par de grosses cellules cubiques se colorant fortement et englobant des cellules géantes. » D'ailleurs, dans un certain nombre de cas, cette transformation se fait *in situ* et l'on assiste alors au passage à peu près immédiat entre une syphilide maculeuse généralisée et une syphilide papuleuse ou papulo-squameuse. C'est peut-être ainsi que nous pourrions expliquer l'apparition précoce d'une éruption papuleuse remon-

tée, sans que cette éruption semble avoir été précédée de macules, ou tout au moins, c'est la seule chose que nous puissions dire, sans qu'on ait pu constater l'existence de macules servant de premier terme à la généralisation.

Il est possible d'ailleurs, que l'éruption maculeuse ait lieu dans la plupart des cas, même dans ceux où l'on observe une syphilide papuleuse précoce, mais qu'alors, cette éruption maculeuse ait été tellement fugace qu'elle ait passé inaperçu. Il y aurait eu, dans ces cas, transformation *in situ* des éléments maculeux en papules.

Dans d'autres cas, et c'est le cas pour la plupart de nos observations, il semble incontestable que les papules se présentent d'emblée et d'une façon précoce.

2° *Morphologie*. — Dans la plupart des cas de roséole remontée consécutive aux chancres céphaliques qu'il nous a été donné d'observer, nous avons pu constater, comme nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, qu'il arrivait rarement que l'on ait à faire à une éruption maculeuse franche, mais plutôt à une éruption maculo-papuleuse, et même parfois à une éruption papuleuse à gros éléments infiltrés. Il semble que plus la localisation devient élective, et moins les éléments affectent le type maculeux.

Nous n'avons guère trouvé de taches érythémateuses nettes que chez cet employé des téléphones dont nous rapportons l'observation (obs. 2). Ces taches étaient d'un rose tendre, rappelant l'aspect classique de la roséole et étaient apparentes au niveau du cuir chevelu, dans les parties épilées, le malade étant atteint d'alopecie en aires.

Dans nos observations n° 7 et n° 13. (obs. I et II de la thèse de Mathias), ce sont encore des lunules érythémateuses, mais elles sont déjà extrêmement nombreuses et presque confluentes. Ce sont les trois seules observations de roséole maculeuse remontée que nous avons pu recueillir, consécutivement à l'apparition d'un chancre de l'extrémité céphalique. Il nous a semblé, au contraire, que les éléments sont dans ces cas de syphilis extra-

génitale beaucoup plus apparents, plus appréciable à la vue et au toucher, sans que pour cela le pronostic général de l'affection nous ait paru aggravé.

Dans la plupart des cas, nous avons affaire à une *roséole papuleuse*. L'élément essentiel, c'est la papule, c'est-à-dire, une petite élevure de la peau, solide et résistante; cette papule vient-elle à subir un processus desquamatif, nous avons affaire à une *syphilide papulo-squameuse*. Si au lieu de se couvrir de squames, elle devient humide à sa surface, érosive, excoriatrice, elle se transforme en *syphilide papulo-érosive*. Devenue *syphilide papulo-croûteuse* quand elle s'est revêtue de croûte, si elle est large, augmentée de volume, se traduisant par un relief notable, ferme sous le doigt, ayant enfin souvent tendance à s'excorier et à s'encroûter, en surface, à la façon de tubercules elle donne alors naissance à des *papulo-tubercules*.

Ces divers éléments sont encore caractérisés par leur *couleur*, et cette dernière comporte deux nuances; tout d'abord, une teinte d'un rouge sombre, brun, analogue à la teinte de maigre de jambon que Fallope signalait déjà (...*veluti porcinae carnis salitæcolor*...); puis encore, une teinte moins foncée, d'un rouge mêlé de jaune comparé par Swediaur à la couleur du cuivre, et rappelant à l'œil, pour Fournier, «le ton de la vieille batterie de cuisine, bien polie, bien reluisante». Nous retrouvons d'ailleurs cette double coloration chez un de nos malades (obs. 5), au cours d'une éruption papulo-squameuse extrêmement abondante.

L'abondance des éléments qui parfois sont même confluent est d'ailleurs un des caractères essentiels de la roséole remontée. Elle est extrêmement fournie, extrêmement floride.

D'ailleurs, ces caractères des éruptions secondaires consécutives à un chancre céphalique, avaient été notés au cours de quelques observations par différents auteurs. Il nous semble cependant que c'est un point sur lequel on n'a pas encore suffisamment insisté. A côté de la topographie, la morphologie de la roséole remontée peut être très importante dans le diagnostic de la syphilis extra-génitale. Nous aurons d'ailleurs l'occasion d'insister plus loin sur ce fait.

Fournier, dans son étude sur les chancres extra-génitaux, rapporte toujours au cours de ses observations des éruptions papuleuses et papulo-squameuses extrêmement florides, fait important qui n'est pas suffisamment mis en relief, et qui vient cependant bien démontrer que, si le siège du chancre commande la topographie des efflorescences secondaires, comme nous le montrerons, il commande encore leur morphologie.

Alex Renault, dans le *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie* (mars 1899) rapporte l'histoire d'un malade ayant présenté un chancre de la voûte, et dont le visage et le cou sont couverts de papules saillantes et de papulo-croûtes. Luisi, dans sa thèse (obs. 1) nous montre une éruption papulo-tuberculeuse de la face et du cou, à la suite d'un chancre de la lèvre supérieure. Galloway pour un chancre de la lèvre inférieure a constaté une éruption généralisée de grosses papules croûteuses Hardy, dans une clinique de la Charité insiste sur ce fait qu'il a vu apparaître consécutivement à un chancre amygdalien une syphilide acnéifore. Mon ami, Le Blaye, interne du Dr Brocq, m'a communiqué une observation que je rapporte plus loin dans laquelle il a vu une éruption de syphilides psoriasiformes suivre l'apparition d'un chancre de la lèvre inférieure.

Nous pouvons donc aujourd'hui, nous semble-t-il, dire qu'aux chancres extra-génitaux, nous voyons presque toujours succéder une éruption secondaire extrêmement abondante, extrêmement variée dans sa forme, mais dont les éléments semblent s'éloigner nettement de l'élément typique, caractéristique de roséole classique, la macule, pour prendre un aspect papuleux.

Le tableau que nous avons dressé ci-dessous montre dans quelles proportions nous avons rencontré au cours de nos observations les différentes variétés d'éléments :

SYPHILIDES MACULEUSES : *Observations* 2, 3, 7, 11, 17.

SYPHILIDES PAPULEUSES : *Observations* 1, 4, 6, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 11 bis.

SYPHILIDES PAPULO-SQUAMEUSES : *Observations* 5, 10.

SYPHILIDES PAPULO-CROÛTEUSES : *Observation* 9.

SYPHILIDES PAPULO-TUBERCULEUSES : *Observation* 19.

SYPHILIDES PSORIASIFORMES : *Observation* 1 bis.

Mais d'autre part, s'il nous a semblé que les éruptions secondaires sont plus affichantes, plus graves (au point de vue anatomique bien entendu), nous réservant de dire plus loin quelques mots de pronostic, lorsqu'elles succèdent à un chancre extra-génital, nous ne voulons point dire que c'est là, la seule cause peut-être. Notre maître, M. Jeanselme, répète sans cesse dans son enseignement quotidien que la question du terrain est essentielle dans l'évolution ultérieure de la syphilis. Chaque malade fait ses accidents à sa manière ; tel séborréique présentera des éléments psoriasiformes ou de l'alopecie précoce ; tel autre, accoutumé de l'acné nous fera des syphilides acnéiformes, de même que chacun fait l'asystolie à sa manière, suivant l'état antérieur des organes. « Chaque malade a sa formule cutanée », dit justement notre maître.

Notre observation 14 montre que le malade atteint d'alopecie en clairières était déjà atteint de pityriasis capitis et de séborrhée.

A côté de la variété du chancre, nous devons donc tenir compte de la question du terrain, de la prédisposition cutanée en particulier.

3° *Topographie.* — Nous touchons ici au point capital de notre étude, et il nous a semblé que c'était sur lui que les auteurs n'ont précisément pas attiré l'attention. Seul, notre maître, M. Jeanselme, dans la clinique dont nous avons déjà parlé, a nettement insisté sur la topographie particulière de la roséole au cours du chancre céphalique. Son élève Mathias parle déjà de la « roséole remontée ».

Cependant, les auteurs sont nombreux qui ont rapporté des observations de chancre de la face et qui ont constaté l'envahissement des régions voisines du chancre, par la roséole. Mais aucun n'a encore insisté sur ce fait qui nous semble pourtant d'une grande utilité clinique à connaître.

Morel-Lavallée avait cependant émis l'opinion en 1893, que le chancre est une cause d'appel des syphilides ultérieures dans la région qu'il a occupée. Duncan Bulkley signale à la suite des

chancres de l'amygdale « l'abondance et la gravité des éruptions du cuir chevelu et de la face. »

MM. Danlos et Dehérain, à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1^{er} mars 1906, au sujet d'un chancre de la paupière supérieure qui s'était accompagné d'une éruption cutanée localisée sur la tête, le cou et la poitrine ont fait remarquer que le siège du chancre paraissait avoir commandé la topographie de l'éruption.

M. Alexandre Renault, à cette même Société, en mai 1890, cite le cas d'une roséole syphilitique étendue à la face, et ajoute qu'elle offre deux particularités qui la rendent exceptionnelle: « elle est propagée à la face et est prurigineuse à ce niveau » deux caractères, dit-il, qui vont à l'encontre des notions classiques. « Fournier a parfois trouvé la roséole à la lisière du cuir chevelu, mais il ne saurait être question, ni du front en totalité, ni de la face. » (Alex. Renault).

Quant à la roséole cervicale, elle est aujourd'hui admise, et personne ne nie plus son existence, Besnier, Jeanselme, Brocq, Maireau, Nessier, Fselchen, de Beurmann, Gaucher et son élève Roblin, Hudelo, Thibierge, ont définitivement établi ce point.

Mais, s'il paraît admis que la face et le cou peuvent être envahis par les syphilides secondaires, en particulier par celles que nous avons dit constituer « la roséole », il est un point sur lequel M. Jeanselme insiste depuis longtemps et que nos observations viennent confirmer, c'est que *la roséole peut exister seulement dans ces régions, sans qu'on puisse en déceler la moindre trace dans les régions classiques*, les flancs, le bas-ventre, et la racine des cuisses. Et c'est précisément, lorsqu'il s'agit d'une syphilis à point de départ céphalique que le cuir chevelu, la face, le cou, la nuque et le haut du thorax peuvent être pris sans que le reste du corps soit atteint. « Dans ces cas, le chancre syphilitique des lèvres, de la langue, du menton, des joues, des gencives et de la nuque est suivi par la roséole syphilitique comme le corps humain par son ombre » (Mathias). Il s'agit bien alors de la « roséole remontée ».

D'autre part, si dans quelques-unes de nos observations, nous avons rencontré un type pur de roséole remontée, nous devons reconnaître aussi que dans d'autres, nous avons trouvé la roséole non seulement dans les régions voisines du chancre, mais aussi dans des régions plus éloignées. Nous l'avons toujours rencontrée comme faisant partie de toute une nappe éruptive pouvant prendre *deux types*, a) *un type supérieur* comprenant la roséole céphalique, cervicale, et scapulo-thoracique et b) *un type inférieur* comprenant la roséole abdomino-lombaire, thoracique, cervicale et céphalique.

Nous avons pu ainsi classer nos observations en différents types, les uns, très nettement isolés, les autres un peu artificiellement peut-être, mais que nous avons pu devoir cependant distinguer, la roséole nous ayant paru, dans certains cas, exister, sinon d'une façon exclusive, du moins prédominante dans certaines régions. Nous en donnons le tableau ci-contre :

CLASSIFICATION DES « ROSÉOLES REMONTÉES »

DEUX TYPES : l'un supérieur, comprenant la roséole céphalique, cervicale et scapulo-thoracique ; l'autre inférieur, comprenant la roséole abdomino-lombaire, thoracique, cervical et céphalique.

1°. — TYPES SUPÉRIEURS I, I^{bis} ET II

- a) *Type céphalique*. — observation I *bis* et II.
- b) *Type céphalo-cervico-pectoral*. — observations III, IV, V, VII, VIII.
- c) *Type céphalo-cervico-scapulo-thoracique*. — observations IX, X, XI, XI *bis*.
- d) *Type cervico-scapulo-thoracique*, — observations XII, XIII, XIV,
- e) *Type scapulo-thoracique*, — observations XV, XVI, XVII.

2°. — TYPE INFÉRIEUR OU TYPE

d'Exanthème généralisé à tous les téguments — Observations XVIII, XIX, VI. Nous avons insisté d'autant moins sur ces

différentes observations qu'elles se rapprochent davantage de la roséole ordinaire, et c'est pourquoi nous n'avons pas jugé utile d'en consigner un plus grand nombre.

1° *Dans le type supérieur*, nous avons isolé :

a) *un type céphalique* où la tête est seule envahie par la roséole; nous en avons recueilli trois beaux exemples (obs. 1, 1 *bis* et 2). Tout d'abord, dans l'observation 1 que nous devons à l'obligeance de notre excellent ami, le Dr Laffont, nous voyons succéder à un chancre de l'amygdale une éruption papuleuse à topographie céphalique et en particulier péribuccale sans que l'on ait pu jamais observer la moindre trace de roséole dans les régions classiques. Dans l'observation 1 *bis* de notre ami Le Blaye, ce sont des syphilides psoriasiformes qui se localisent sur la face. Enfin, dans notre observation 2 la roséole consécutive à un chancre du sillon labio-mentonnier se traduit seulement par des tâches érythémateuses sur le cuir chevelu.

b) *Un type céphalo-cervico-pectoral*. La roséole siègeant alors sur la face, le cou, et le thorax, en particulier, sur la partie antérieure du thorax. Nos observations 3, 4, 5, 7 et 8 en sont des exemples très nets. Comment, par exemple, dans notre observation 5, ne pas être frappé par la topographie si spéciale des éléments, qui dans ce cas particulier étaient des syphilides papulo-squameuses? Le chancre siégeait à la lèvre inférieure, et si le cuir chevelu, le cou et le tronc dans sa partie supérieure sont envahis, il n'en est pas moins vrai que c'est précisément dans les régions les plus voisines du chancre, qu'ont apparu le plus précocement et le plus abondamment les éléments. « Ils se groupent autour de la bouche, sur les lèvres supérieure et inférieure, et le sillon labio-mentonnier, sur le versant du nez, au niveau du sillon naso-génien et à la partie interne de la joue. » (Obs. 5).

c) *Un type céphalo-cervico-scapulo-thoracique* (Observations 9, 10, 11, 11 *bis*) se rapproche du précédent, mais présente ceci de particulier que les membres supérieurs sont envahis,

toujours rasquaux poignets, les mains étant presque toujours respectées.

4) *Le type cervico-scapulo-thoracique* (Observations 12, 13, 14) dans lequel la tête est respectée.

et *Le type scapulo-thoracique* (Observations 15, 16, 17). Les membres supérieurs et le thorax sont seuls ou tout au moins principalement envahis.

5° *Type inférieur*. — Dans ces cas, nous avons affaire surtout à une roséole généralisée, marquée évidemment sur le bas-ventre, les flancs et la racine des cuisses, mais qui *remonte* nettement, attirée vers le siège initial du chancre. Nous désignons ce type sous le nom d'exanthème, généralisé à tous les téguments. (Observations 6, 18, 19).

L'observation 8 (chancre du rasoir) montre nettement cette disposition des efflorescences secondaires, et présente ce fait particulier et intéressant à noter, qu'après un traitement de quelques jours, l'éruption a disparu ou s'est atténuée tout au moins dans certaines régions qui sont précisément les régions classiques, pour se localiser et rester extrêmement floride dans les régions voisines du chancre, faisant alors partie du type que nous avons appelé cephalo-cervico-scapulo-thoracique.

De même, dans l'observation 18 (chancre de la paupière), nous disons « les éléments sont surtout abondants sur le visage, nombreux au pourtour du nez et de la bouche : quelques disques cuivrés à centre érodé et croûteux sur le front. »

Enfin, l'observation 19 montre encore nettement une éruption à topographie classique *attirée* vers le haut du corps, le chancre siégeant au niveau de la joue gauche.

En somme, si dans le premier type, le type supérieur, l'éruption siège sur le haut du corps, le deuxième type, type inférieur, ne doit pas moins être considéré comme un type remonté, et nous pouvons donc affirmer que le siège du chancre nous paraît commander la topographie des efflorescences secondaires.

Nous rapportons d'ailleurs une série d'observations qui permettent aisément de vérifier ce fait clinique.

3° *Evolution*. — D'une façon générale, lorsque les manifestations secondaires, cutanées, consécutives à un chancre céphalique affectent une distribution prédominante sur le segment supérieur du corps, ce sont les éléments les moins florides qui disparaissent les premiers. Aussi, ce que l'on constate d'ordinaire, c'est la persistance beaucoup plus marquée de macules ou papules siégeant sur les régions cervicale et thoracique, les plus voisines du chancre, contrastant avec la disparition souvent très rapide des autres éléments plus éloignés.

C'est ce que nous essayerons d'expliquer d'ailleurs dans le chapitre de pathogénie, en invoquant une particulière virulence du tréponème au voisinage du foyer infectant primitif.

Nous ne voulons pas insister sur l'évolution de chaque forme anatomique, évolution qui ne diffère en rien de ce qu'elle est classiquement.

DIAGNOSTIC

1° En présence d'un chancre céphalique, il faut songer à la probabilité d'une éruption secondaire réduite dans son extension et modifiée suivant sa forme. Ce n'est d'ailleurs pas dans ces cas, où le chancre a été constaté primitivement, que le diagnostic sera difficile à faire. Il suffira, en effet, de savoir que ces éruptions peuvent prendre d'emblée des types morphologiques un peu anormaux, tels que syphilides papuleuses, ou papulo-squameuses, que, par conséquent, la macule n'est pas forcément l'élément initial, et qu'aussi, point essentiel sur lequel nous avons insisté, ces éruptions sont attirées par la localisation première de l'infection. au point même, dans certains cas relativement rares (observations 1, 2, 1 *bis*), de se réduire à une éruption très limitée.

Du reste, la constatation possible de plaques muqueuses vulvaires, anales, etc.; la constatation antérieure du chancre à siège céphalique et enfin la constatation de l'apparition très précoce de cette première manifestation secondaire suffisent amplement à trancher le diagnostic.

Ce n'est donc pas là-dessus que nous devons insister ; il suffit de connaître la possibilité de telles éventualités pour savoir à quoi s'en tenir.

2° Il convient d'insister au contraire sur la nécessité d'examiner soigneusement un malade qui a un chancre céphalique ou un accident supposé « chancre » à la date où il est susceptible de faire sa roséole. Nous savons, en effet, que bien souvent le chancre extra-génital est considéré comme « un bouton quelconque » qu'on ne peut identifier, et que l'apparition de la roséole peut seule venir trancher le diagnostic.

Il ne faudra donc pas se contenter d'examiner les sièges habituels (flancs, bas-ventre), de la roséole ; il faut encore faire porter son examen tout aussi attentivement sur l'extrémité supérieure du corps, en se rappelant la possibilité d'une attraction des éruptions secondaires dans ces régions. Si en effet, on ne sait pas que la roséole peut être *remontée* vers l'extrémité céphalique, on ne pensera pas à la rechercher, et on ne fera peut-être pas un diagnostic qui est d'autant plus important qu'il est fait d'une façon plus précoce.

3° Enfin, et c'est le point essentiel de ce chapitre, la constatation d'une « roséole remontée » permettra, dans un très grand nombre de cas, malgré l'absence d'anamnestiques et de symptômes antérieurs d'établir la nature de l'affection et d'en situer le point de départ. *Le fait qu'une éruption maculeuse ou plus souvent maculo-papuleuse est limitée à la région cervico-thoracique ne doit pas faire d'emblée rejeter le diagnostic d'accidents syphilitiques secondaires.* Non seulement, une éruption localisée en ce point peut être d'origine spécifique, *mais cette répartition topographique doit faire rechercher systématiquement l'accident primitif vers l'extrémité céphalique.* Nous n'hésitons même pas à dire que, toutes les fois que l'on constatera une éruption secondaire maculeuse ou maculo-papuleuse à prédominance céphalo-cervico-thoracique, en coexistence avec une adénopathie ganglionnaire cervicale, généralement monoganglionnaire, non précédée d'aucun symptôme antérieur, et que l'examen de la zone génitale aura été négatif, les présomptions sont les plus grandes pour qu'il s'agisse d'une syphilis récente, à point de départ céphalique. C'est dire qu'il faudra rechercher les portes de contagé habi-

tuelles, examiner minutieusement la bouche et palper les ganglions correspondant aux territoires supposés envahis. Et c'est ainsi que la roséole remontée, de même que le ganglion direct sont du plus utile secours pour ce qu'on a appelé « la chasse au chancre ».

Du reste, parfois, les renseignements fournis par les malades pourront être d'un utile secours pour le diagnostic rétrospectif du chancre en faisant savoir l'existence d'une angine jugée banale quelque temps avant l'apparition de l'éruption secondaire en cause.

A la séance du 4 mai 1899, de la Société de dermatologie et de syphiligraphie, après la communication de M. Alex. Renault, que nous avons eu l'occasion de rapporter, M. Barthélemy cita trois cas de roséole généralisée, avec envahissement du cou et de la face, les éléments étant prédominants à ce niveau, trois cas que nous pouvons donc désigner aujourd'hui sous le nom de roséole remontée, et déclara que dans aucun cas, il n'avait pu trouver le chancre, ni la porte d'entrée de la syphilis. C'est même l'étude de ces observations qui a contribué à lui faire penser que parfois le virus syphilitique pouvait être introduit directement sous la peau et donner alors l'infection sans chancre. (Communication au Congrès de Moscou).

Ne faut-il pas rapprocher ces cas de ceux que nous rapportons, et ne pouvons-nous pas nous demander aujourd'hui, s'il ne s'est pas agi d'un chancre céphalique que la constatation, au début, d'une éruption remontée, aurait peut-être permis de diagnostiquer ?

C'est grâce à la constatation d'une roséole remontée à type céphalique pur (obs. 2), que notre maître, M. Jeanselme, a fait le diagnostic de chancre du sillon labio-mentonnier, chez cet employé des téléphones qui avait été d'abord traité pour chancre mou, et puis pour lésion sycosiforme.

N'avons-nous pas, nous-même, tout de suite pensé à un chancre de l'amygdale (obs. 3), après avoir constaté chez notre malade une roséole à type céphalo-cervico-pectoral absolument pur ? Et n'avons-nous pas appris en interrogeant minutieuse-

ment la malade, qu'elle avait eu, trois ou quatre semaines auparavant, « un mal de gorge » auquel elle n'avait pas prêté grande attention ? Mal de gorge qui avait coïncidé, à n'en pas douter, avec le début du chancre, puisque le toucher nous montra aussitôt une amygdale nettement indurée, et un ganglion satellite dans la région sous-angulo-maxillaire du même côté.

De même chez notre malade (obs. 17), qui s'est présenté à l'hôpital Broca avec une éruption remontée à type scapulo-thoracique, nous avons immédiatement pensé, en présence de cette topographie si spéciale de l'éruption, à une syphilis extra-génitale. Par l'interrogatoire serré du malade nous avons alors encore appris qu'un mois et demi, environ, auparavant, lui aussi, avait eu « un mal de gorge plus prononcé à droite qu'à gauche ».

Dans nos observations, nous avons d'ailleurs noté la façon précise et particulière qui, bien souvent, nous a permis d'arriver à un diagnostic certain.

On nous objectera peut-être que, très souvent, la roséole se généralisant, le diagnostic deviendra plus facile. C'est entendu ; mais, nous croyons cependant que, bien souvent, la roséole n'étant pas recherchée là où on ne croit pas la trouver, c'est-à-dire dans la région où il est classique de ne pas la rencontrer, le diagnostic de la syphilis est retardé, et ne peut être fait que plus tard, au moment de la généralisation ou de l'apparition de nouveaux éléments secondaires.

Nous croyons donc que la constatation d'une roséole remontée, en permettant de dépister le siège de l'accident initial, réduira d'autant le nombre des syphilis sans chancres, des « syphilis décapitées ».

PATHOGÉNIE

Il est à peu près admis aujourd'hui que le tréponème de Schaudinn, agent causal de la syphilis, se généralise suivant la voie lymphatique d'une part et la voie sanguine d'autre part.

L'infection par le système lymphatique est d'abord cantonnée à un territoire ganglionnaire anatomiquement déterminé, puis s'étend rapidement à tout le système lymphatique pour aboutir à la généralisation. C'est cette opinion que défendait encore récemment Hallopeau dans une communication à l'Académie des Sciences.

Il n'en est pas moins vrai qu'il est admis aujourd'hui que la voie sanguine est tout aussi importante. Il s'agit bien d'une véritable septicémie, les tréponèmes partant du syphilome primitif et pénétrant dans les vaisseaux pour se disséminer dans tout l'organisme. De nombreux auteurs ont retrouvé le tréponème dans le sang de la circulation générale et Neisser a pu inoculer la syphilis à des singes en leur injectant le sang d'un autre animal déjà atteint. Il faut reconnaître cependant avec Levaditi que le tréponème n'existe dans le sang que momentanément, lorsque abandonnant son principal foyer de pullulation, il est entraîné ailleurs pour engendrer de nou-

velles lésions. Le sang n'apparaît plus alors que comme un moyen de transport du tréponème; c'est ce qui explique que d'autres auteurs, n'aient pu l'y déceler.

Les différences de résultat dans toutes ces recherches semblent donc dépendre de l'époque où l'examen a été pratiqué, peut-être, comme nous le supposons, de l'endroit où le sang a été recueilli.

L'idée de septicémie tréponémique paraît donc pouvoir expliquer les accidents variables qui surviennent au cours de la syphilis, et en particulier la roséole, premier terme de la généralisation secondaire. La localisation du tréponème dans les macules de la roséole a été, en effet, bien étudiée par Veillon et Girard, Bandi et Simonelli. La macule est causée par une véritable embolie du parasite, qui, apporté par le sang, vient se fixer dans les capillaires terminaux des papilles, et provoque, à ce niveau, des lésions congestives et une infiltration périvasculaire. Plus tard, l'issue des tréponèmes hors des vaisseaux permet de s'expliquer les lésions plus profondes, telle que la papule.

Comment donc, étant donné ces idées admises sur la production de la roséole, pouvons-nous admettre que l'éruption secondaire « suive le chancre », qu'elle soit limitée à une partie du corps, que dans les cas de chancres céphaliques, elle soit « remontée ? »

Il nous est possible, peut-être, d'admettre un *envahissement de proche en proche* des tréponèmes, tout au moins leur existence dans la *circulation locale*. Nous croyons, en effet, qu'on peut rapprocher la syphilis d'autres infections telles que la lèpre et le bouton d'Orient, et précisément, certaines recherches faites au cours de ces affections, peuvent venir confirmer notre hypothèse. C'est ainsi que, d'une part, notre maître, M. Jeanselme, et d'autre part, Marchoux, ont trouvé dans le sang recueilli à quelques centimètres d'un tubercule lépreux du bacille de Hansen, alors qu'ils n'ont pu en déceler dans le reste du torrent circulatoire. De même, Nattan-Larrier et Nicolaïdis, au cours de leurs recherches sur le mode d'infection du Bouton d'Orient, ont

constaté l'existence du piroplasma (*Leishmania funonculosa* (Blanchard), dans le sang de *la circulation locale*.

Pourquoi donc n'en serait il pas de même dans la syphilis, et pourquoi la présence du tréponème dans la circulation locale ne nous permettrait-elle pas de nous expliquer la roséole remontée au cours d'un chancre céphalique ? Nous nous empressons d'ajouter que peut-être aussi le tréponème a-t-il sa virulence augmentée dans la région voisine du chancre, et détermine-t-il à son niveau des lésions plus marquées ?

Quoi qu'il en soit, il nous paraît possible d'admettre qu'il existe une certaine analogie, entre le mode d'envahissement de l'organisme par le tréponème et d'autres microorganismes ; par suite, nous croyons pouvoir dire, pour expliquer la roséole remontée, qu'il s'agit d'un envahissement de proche en proche par le tréponème, et que celui-ci existe dans la circulation locale.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Ces éruptions remontées, bien que d'emblée plus marquées que les éruptions secondaires consécutives au chancre de la zone génitale, sont en réalité plus affligeantes que graves, car il semble bien établi à l'heure actuelle qu'en lui-même le pronostic de la syphilis extra-génitale n'est pas plus particulièrement grave que celui de la syphilis génitale ainsi qu'en témoignent les travaux récents de Fournier et d'autres auteurs, consignés dans la thèse de Pipet. Néanmoins, comme il s'agit souvent d'éruptions papuleuses qui ont une certaine tendance à persister et à infiltrer les tissus avoisinants, les malades pourront se montrer particulièrement effrayés, et il sera nécessaire, d'autant plus que ces éruptions font bon marché de l'esthétique faciale, de faire un traitement un peu intensif au début. Dans le service de notre maître, nous avons vu traiter quelques-unes de ces éruptions cutanées extrêmement florides par l'arséno-benzol d'Erlich (606), et nous devons reconnaître que, bien souvent, nous les avons vues rapidement céder. Il faut reconnaître d'ailleurs que des injections intraveineuses de cyanure de mercure combinées à des injections intramusculaires de sels solubles aboutissent à peu près constamment à un résultat très rapide.

OBSERVATIONS

Nous rapportons ici 21 observations de *roséole remontée* consécutive à un chancre induré de l'extrémité céphalique.

Nous les avons classées suivant les types que nous avons reconnus et décrits au cours de notre étude.

Nous avons d'autre part rapporté ces observations d'une façon complète, car, presque toutes nous ont paru intéressantes, non pas seulement au point de vue de la morphologie et de la topographie des efflorescences secondaires, mais encore au point de vue du diagnostic du chancre extragénital et du mode de contagion.

Nous avons désigné ces éruptions secondaires morphologiquement différentes sous le nom de roséole, nous étant déjà expliqués sur la signification que nous entendons donner à ce terme.

1° TYPE SUPERIEUR

A. — TYPE CÉPHALIQUE

Observation 1

Chancre de l'amygdale. — Roséole à type céphalique.

Cette observation nous a été communiquée par notre excellent ami le Dr Paul Laffont, ancien interne de Saint-Lazare. Qu'il reçoive l'expression de nos sentiments reconnaissants

F..., 30 ans, mariée, le mari nie toute syphilis antérieure et n'a jamais présenté jusqu'ici aucun accident.

Soignée il y a déjà un an pour eczéma du tronc avec intertrigo; appelle un jour le docteur L... pour « eczéma vulvaire », l'examen montre deux plaques muqueuses, en feuillets de livre. Pas de trace de chancre au niveau de la vulve, et pas d'adénopathie inguinale.

L'examen génital étant négatif, on interroge la malade qui dit avoir depuis un mois et demi environ une *angine*. Cette dernière qui a été, paraît-il très douloureuse, s'atténue actuellement.

Céphalée vespérale violente.

Croûtes dans les cheveux qui commencent à tomber.

L'examen montre, en effet, au *cuir chevelu* des syphilides acnéiformes nombreuses avec excoriations par grattage du peigne.

Gorge : angine rouge avec amygdales déchiquetées des deux côtés.

Légère adénopathie sous-maxillaire des deux côtés.

L'examen du *corps* ne relève absolument rien.

Etant donné ces symptômes, la malade est mise au traitement (benzoate de mercure).

Les premières piqûres sont mal supportées, et la malade est assez irrégulière, malgré les conseils. Après une interruption de 15 jours environ, la malade revient.

On constate toujours les syphilides acnéiformes du cuir chevelu qui après avoir été atténuées, ont repris de l'extension; puis des syphilides papuleuses à *topographie surtout péribuccale*, de coloration violacée, assez diffuses, sur un terrain nettement séborréique, puis une plaque muqueuse de la conjonctive palpébrale inférieure gauche. Deux ou trois jours après, apparaissent des plaques muqueuses des lèvres, de la pointe et du dos de la langue, et deux syphilides ulcérées, très profondément déchiquetées des deux amygdales.

Il est à noter qu'à partir du jour où la malade a été examinée pour la première fois, à part une interruption de 8 à 10 jours, l'examen attentif et régulier de son tégument cutané n'a jamais permis d'arriver à découvrir la moindre trace de roséole.

A noter aussi la topographie péribuccale des syphilides papuleuses et la présence de syphilides acnéiformes au cuir chevelu. *Il s'agit nettement d'une éruption remontée*, qui, jointe aux anamnestiques, a permis de penser qu'il s'était agi d'un chancre de l'amygdale.

Observation 1 bis.

(due à l'obligeance de notre ami LE BLAYE, interne du D^r BROcq, à l'hôpital Saint-Louis).

Chancre de la lèvre inférieure. — Roséole remontée à type céphalique.

F..., 35 ans.

En février 1911, la malade a eu « un bouton » sur la face cutanée de la lèvre inférieure, ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc environ.

Fin mars, apparurent les premiers éléments d'une éruption secondaire, sur la face, dit la malade.

Depuis, ces éléments ont augmenté considérablement de nombre.

Actuellement, 11 avril, on constate une éruption de *syphilides psoriasiformes* au niveau de la face, principalement sur le front et sur les pommettes. Quelques croûtes au niveau du cuir chevelu. On ne constate pas d'autres éléments sur le cou, le tronc, et les membres inférieurs.

Observation 2 (Service du D^r JEANSELME).

Chancre induré du sillon labio-mentonnier. — Roséole remontée à type céphalique.

H..., 34 ans, employé aux « Téléphones ».

Examen le 13 décembre 19... :

Vers le 10 juin, le malade aperçut dans le sillon labio-mentonnier, sur la ligne médiane, un « petit bouton » dissimulé dans les poils de la bouche, et celui-ci était assez douloureux. Vers le 20 juin, le bouton qui avait progressé, était recouvert d'une croûte.

Au commencement du mois de juillet, le médecin de l'Administration conseilla au malade d'aller à la consultation de l'hôpital Broca. Le malade, vu à cette époque par M. T..., fut considéré comme atteint d'un chancre mou. Toutefois, la recherche du bacille de Ducrey fut négative. La petite plaie fut cautérisée tous les jours avec une solution concentrée d'acide phénique. Mais ce traitement restant inefficace, et la lésion ayant un aspect sycosiforme, on fit faire deux séances de radiothérapie.

La cicatrisation ne fut complète que vers le 20 septembre. Elle avait donc exigé plus de 3 mois.

Actuellement, au point indiqué, cicatrice superficielle, très minime, lisse et superficielle, cerclée d'un halo brunâtre. Cette cicatrice est parfaitement souple. Au palper, le doigt sent encore actuellement deux glandes, derrière la symphise du menton: elles sont dures, indolentes; l'une a le volume d'un pois et l'autre celui d'une petite noisette. Ces glandes ont été, paraît-il, beaucoup plus volumineuses. Pas de ganglions dans les régions sous-maxillaires et le long de la chaîne carotidienne.

Le malade vient actuellement nous trouver parce qu'il perd ses cheveux depuis deux mois environ. Il s'agit manifestement d'une alopecie en aires. Certaines surfaces de un à deux centimètres de diamètre sont presque entièrement dépourvues de cheveux et ceux qui subsistent à la surface s'arrachent pour la plupart sans que le malade ressente aucune douleur, et la racine, au lieu d'être succulente, est ratatinée en forme de bouton. Certaines des aires dépilées sont si considérables qu'on peut leur appliquer l'épithète de « pladoïdes. »

Remarque extrêmement importante : les parties dépilées sont couvertes de taches érythémateuses, d'un rose tendre, rappelant tout à fait la roséole. Il s'agit, à n'en pas douter, d'une roséole remontée. — Le malade ne paraît pas avoir aucun autre accident de la période secondaire; il n'a pas de douleurs dans les articulations, les membres et la tête.

Ce malade est marié et affirme ne s'être exposé à aucune contamination vénérienne. D'autre part, sa profession consiste à se rendre à domicile pour s'assurer que les appareils téléphoniques fonctionnent bien. Or, certains de ces appareils sont disposés de telle sorte que la contamination est peut-être possible.

Le malade n'a cessé de travailler qu'environ une semaine, de sorte que depuis le début de l'accident initial, il n'est pas impossible qu'il ait disséminé sa maladie par une voie indirecte.

B. — TYPE CÉPHALO-CERVICO-PECTORAL

Observation 3 (Service du D^r JEANSELME).

Chancre de l'amygdale gauche.

Roséole remontée à type céphalo-cervico-pectoral.

F..., 23 ans, se présente le 4 janvier 19.. à l'hôpital Broca pour une éruption datant de 3 à 5 jours.

On constate une roséole à larges macules, peu saillantes, abondantes au niveau de la partie antérieure du thorax, sur les parties latérales

du cou, et ayant même envahi la face. L'abdomen et les flancs sont entièrement respectés, et l'examen le plus minutieux (Chevallier), ne permet pas d'y déceler la plus petite macule.

L'examen de l'appareil génital est tout à fait négatif. Il y a des ganglions petits, mobiles et durs dans les aînes. Ganglions épitrochléens appréciables.

On interroge alors de nouveau la malade, et la distribution de la roséole, nettement remontée, fait insister en particulier sur la recherche d'un chancre extra-génital. On apprend, en effet, que 3 à 4 semaines auparavant, la malade a eu un « mal de gorge » auquel elle n'a pas prêté grande attention.

L'examen de la gorge pratiqué, montre les deux amygdales couvertes de plaques, et au toucher, la droite est molle, mais la gauche est nettement indurée. De ce côté, dans la région sous-angulo-maxillaire, on constate la présence d'un ganglion dur, et indolore, du volume d'une noisette environ.

Il s'est donc agi d'un chancre de l'amygdale gauche, ayant déterminé une *roséole à type nettement remonté*, présentant de ce cas particulier le *type céphalo-cervico-pectoral*. Et chose extrêmement importante, nous voyons que la connaissance de cette topographie spéciale de la roséole a permis de déceler ainsi l'induration de l'amygdale gauche, vestige de l'accident initial.

Observation 4 (Service du D^r JEANSELME).

Chancre de la commissure labiale gauche.

Roséole remontée à type céphalo-cervico-pectoral.

F..., 33 ans, sage-femme. En janvier 19..., fissure à la commissure labiale gauche, indolente, ne reposant sur aucune base indurée. A l'examen, 15 jours après le début, il existe un ganglion sous-maxillaire gauche, gros comme une noix, indolent et mobile. Il s'agit d'un chancre extra-génital par insufflation de bouche à bouche sur un nouveau-né de 8 mois et demi qui mourut 4 jours après sa naissance.

Dans les premiers jours qui suivirent l'apparition du chancre fissuraire, la malade éprouva de violents maux de tête, surtout la nuit. Quatre semaines après l'apparition du chancre, douleurs à la nuque, mais peu intenses; en même temps, apparaît une *roséole papuleuse, très étendue, couvrant la face, le cou et la partie antérieure du thorax, les éléments étant surtout abondants au niveau de la face*. Deux ou trois jours après l'apparition de cette roséole, la malade s'aperçoit

que l'œil droit est humide et que des larmes coulent sur la joue à certains moments. Le 21 février 19.., au matin, elle s'aperçoit que sa bouche est asymétrique. Le 27 février, paralysie faciale très nette, occlusion incomplète de l'œil droit; il persiste une flèche de 4 à 5 mm. environ entre les bords libres des paupières supérieures et inférieures de ce côté. Le voile du palais fonctionne bien, la langue n'est pas déviée.

Le 13 mars, l'asymétrie faciale est moins prononcée; néanmoins, les paupières droites n'arrivent pas à se joindre et sont encore séparées par un espace de 3 mm. environ.

20 mars : très légère asymétrie de l'orifice buccal. Occlusion parfaite de l'œil droit, mais la résistance de l'orbiculaire est beaucoup moins grande à droite qu'à gauche. A cette date, l'éruption qui persiste encore sur la face, le cou, est nette aussi sur les membres supérieurs, le tronc et on trouve alors seulement quelques éléments sur la racine des cuisses.

Le 20 mai, ponction lombaire qui donne une forte lymphocytose.

Observation 5 (Service du D^r JEANSELME).

Chancre de la lèvre inférieure.

Roséole remontée à type céphalo-cervico-pectoral.

F..., 44 ans. Se présente le 4 décembre 19.. à l'hôpital Broca.

Il y a 7 à 8 semaines environ, apparut un petit bouton sur la partie médiane de la lèvre inférieure, légèrement douloureux, non accompagné de gros ganglions sous-mentonniers.

Actuellement, au point indiqué, pas de cicatrice, ni d'induration. Pas de ganglions volumineux. Peu de temps après, la malade eut quatre tournioles aux quatre derniers doigts de la main gauche. La malade dit que la douleur était assez vive. S'agit-il de périonyxis spécifique ou bien de simple suppuration sous épidermique périunguéale due à la profession de la malade qui décortique des fruits et en particulier des cerises? La malade nous dit que plusieurs autres ouvrières, employées à la même besogne, eurent des tournioles analogues. Actuellement, les ongles des quatre doigts sont remaniés: leur surface est inégale, rabotée, fibreuse, striée en long, ponctuée, grisâtre, barrée par une ou deux cannelures transversales.

Rien d'analogue aux autres doigts, ni aux orteils. Vers le même temps, apparition d'un élément papuleux de couleur jambon fumé, tout à fait indolent et siégeant sur l'abdomen, à 6 ou 7 cent. au-dessus et à droite de l'ombilic.

Depuis lors, l'éruption s'est généralisée.

Actuellement, éruption de syphilides papulo-squameuses très four-nies. A la face, les éléments se groupent au pourtour de la bouche, sur les lèvres supérieure et inférieure et le sillon labio-mentonnier ; sur les versants du nez, au niveau du sillon naso-génien et à la partie interne de la joue.

Une petite fissure commissurale au niveau du petit angle de l'œil gauche. Une grosse papule sur le bord libre de la paupière supérieure gauche en son milieu.

De la squame épaisse, il émerge, au centre, un bouquet de trois ou quatre poils. Gros agglomérat de papules au niveau du sourcil, de l'espace intersourcilier, et sur toute la lisière fronto-temporale du cuir chevelu.

Les éléments prédominent au cuir chevelu où ils forment des nappes presque cohérentes, si bien que les cheveux sont maintenant extrêmement clairsemés; la malade dit qu'ils sont tombés en grand nombre. Eléments aussi sur le cou.

Eléments larges et plats disséminés sur la partie antérieure du thorax. Ils sont de divers âges; les uns de couleur maigre de jambon et larges et plats, les autres sont petits et d'un rouge vif.

Les larges placards sont certainement constitués par la coalescence d'éléments primitivement isolés; la bordure est frangée, polycyclique et au pourtour des éléments anciens, on voit des éléments jeunes.

Bien que la malade n'ait aucune trace de phthiriasé, ni de gale, elle se plaint de démangeaisons violentes. Elle insiste beaucoup sur le prurit. La peau n'est pas dermatographique; il n'est pas certain du tout que la malade soit intoxiquée.

Comme c'est la règle dans les formes malignes précoces, la malade n'a pas de plaques muqueuses, pas de coryza croûteux.

La malade se plaint de douleurs la nuit dans les os des jambes.

Céphalée nocturne depuis le début de l'éruption. L'étiologie reste tout à fait obscure.

Examen du sang :

Globules rouges.....	3.662.000
Globules blancs.....	4.160
Polynucléaires neutrophiles.....	59 %
Polynucléaires éosinophiles.....	6 %
Grands mononucléaires.....	13 %
Moyens mononucléaires.....	15 %
Lymphocytes.....	6 %

Observation 7 (*Thèse MATHIAS. I*).**Chancre de l'amygdale droite.****Roséole remontée à type céphalo-cervico-pectoral.**

F..., 23 ans. Examiné le 15 février 19... Accident initial en décembre 19.., siégeant sur le côté droit de l'isthme du gosier. Pendant 3 jours, la malade a eu une forte dysphagie et le cou tuméfié sur son côté droit. Actuellement, il existe un ganglion du volume d'une châtaigne dans la région sous-angulo-maxillaire droite. On ne reconnaît plus le chancre, mais on voit de nombreuses plaques muqueuses sur les deux amygdales.

La roséole occupe la partie supérieure de l'abdomen (partie sus-diaphragmatique), le cou et la nuque, se prolongeant sur le cuir chevelu, où l'on remarque de nombreuses lunules érythémateuses. C'est un exemple de roséole remontée à type céphalo-cervico-pectoral.

Au niveau du tronc, il est intéressant de faire remarquer la confluence des éléments érythémateux. Cette roséole réticulaire du tronc se poursuit sur le cou où elle semble se transformer insensiblement en syphilide pigmentaire, c'est-à-dire que le réseau, au lieu d'être érythémateux est pigmentaire.

Observation 8 (*Service du D^r JEANSELME*).**Chancre des paupières.****Roséole remontée à type céphalo-cervico-pectoral.**

F..., 25 ans, cuisinière. Fin novembre 19... Apparaît à la partie externe du bord de la paupière supérieure un petit bouton qui est considéré comme un orgelet. Peu après, légère conjonctivite, et apparition des ganglions cervicaux, préauriculaire, sous-maxillaires et sous-mentaires.

Fin décembre, contamination de la paupière inférieure et dès le début de janvier 19.., apparition de symptômes généraux : fièvre et maux de tête.

Fin janvier, apparition d'une éruption secondaire papuleuse. Ce sont de gros boutons rouge foncé, de teinte caractéristique qui occupent tout le visage, envahissant le front, le nez, les joues, et tout le cou, mais qui sont peu abondants sur la poitrine et sur le dos.

Rien sur l'abdomen et les membres inférieurs.

On ne peut déceler aucune plaque muqueuse.

Dès la fin février, régression rapide de tous les symptômes par injection intraveineuse de cyanure de Hg.

C. — TYPE CÉPHALO-CERVICO-SCAPULO-THORACIQUE

Observation 9 (*Service du D^r JEANSELME*).

Chancre des paupières.

Roséole remontée à type céphalo-cervico-scapulo-thoracique.

H..., 70 ans. Croûte brune, adhérente, enchâssée dans paupière supérieure, au niveau du grand angle de l'œil gauche. La persistance depuis cinq à six semaines fait penser qu'il ne s'agit pas d'une lésion banale.

Indolence absolue, base dure, parcheminée, aphlegmasique.

Cette ulcération, c'est un chancre induré.

Ganglion préauriculaire volumineux : c'est le ganglion direct.

Autre ganglion direct sous-maxillaire ayant le volume d'une noix.

Autres ganglions sous-maxillaires du même côté, et chaîne carotidienne.

Les premières étapes ganglionnaires sont déjà franchies; en outre, adénopathie généralisée, cou, aînes, régions sous-épitrochléennes.

Exanthème abondant, du type *papuleux*, morbilliforme; quelques éléments infiltrés, même déjà croûteux.

Répartition tête : *face*, cuir chevelu au niveau de la calvitie, membres supérieurs jusqu'aux poignets; tronc, surtout abondants dans la partie antérieure et supérieure.

Pas d'accidents secondaires sur les muqueuses, si ce n'est une plaque sur le pilier antérieur gauche.

Pas de céphalée. Etat général bon.

Observation 10 (*Service du D^r JEANSELME*).

Chancre de l'amygdale droite.

Roséole remontée à type céphalo-cervico-scapulo-thoracique.

F..., 29 ans, ménagère. Se présente le 8 janvier 19.. en pleine éruption secondaire.

Depuis le début de décembre 19.., c'est-à-dire depuis un mois environ, elle souffre d'un mal de gorge plus prononcé à droite qu'à gauche, accompagné d'une grosse adénopathie de la chaîne carotidienne qui a été toujours indolente. La malade a déjà été soignée par un laryngologiste qui diagnostiqua phlegmon de l'amygdale droite; l'incision fut pratiquée, donna issue seulement à un peu de sang, mais n'apporta aucun soulagement à la malade.

Actuellement, on constate une *amygdale droite* grosse, proéminente, d'aspect non phlegmoneux, et sur elle s'étale une large surface grisâtre. Il s'agit en somme d'un *chancre diphthéroïde*. Le toucher digital fait constater une induration très nette et n'est nullement douloureux.

Le ganglion direct sous-angulo-maxillaire a le volume d'une grosse noix et est escorté d'autres ganglions du volume d'une noisette.

Quant à l'éruption secondaire actuelle, elle est formée d'éléments papulo-squameux extraordinairement confluents sur la face, notamment sur les joues, le menton, le pourtour des narines et des lèvres.

L'éruption se continue sur le cou, et est beaucoup plus discrète sur le tronc, où elle prend l'aspect de syphilide miliaire acnéiforme.

Les membres supérieurs sont peu atteints, les membres inférieurs tout à fait indemnes. Il s'agit bien donc là d'un type de syphilide secondaire remontée, en connexion avec le chancre amygdalien.

Observation 11 (Service du Dr JEANSELME).

Roséole remontée à type céphalo-cervico-scapulo-thoracique- Chancre de l'amygdale gauche.

H..., 23 ans. *Chancre de l'amygdale gauche*. Induration au toucher. Gros ganglion satellite. Engorgement très remarqué de chaîne carotidienne gauche.

Gros ganglion juxta-mastoïdien des deux côtés.

Roséole extra-fournie : macules d'un rose vif, très serrées, faisant relief, en donnant l'impression d'un érythème toxique, mais pas de prurit.

Ces macules recouvrent surtout la face, le cou, la partie sus-ombilicale du tronc et sont encore abondantes sur les membres supérieurs. . .

Sur l'abdomen et sur les cuisses, on distingue une roséole très discrète. A peine quelques macules apparentes.

Observation 11 bis (*dûe à notre ami LE BLAYE*).**Eruption remontée à type céphalo-cervico-scapulo-thoracique.**

F..., 26 ans, artiste lyrique. Entre à l'hôpital Saint-Louis le 19 avril 1910. A souffert de la gorge vers la fin décembre et début de janvier. Eut paraît-il à cette époque une angine blanche unilatérale avec adénopathie plus marquée du côté droit, mais peu douloureuse. Mais la malade ne prêta aucune attention à ce « mal de gorge » et ne se soigna pas.

En février, elle eut une éruption de « boutons » sur la face, le tronc, et les membres supérieurs.

Traitée pendant six semaines (6 piqûres d'huile grise).

Quelques éléments ont disparu à la suite de ce traitement; d'autres, dit la malade, ont plutôt grandi.

Actuellement, 19 avril, on constate :

Face : papules nombreuses, disséminées, très saillantes, très infiltrées, rouge foncé, non squameuses. Sur le front, 3 éléments en particulier très saillants.

Cuir chevelu : Quelques croûtes.

Membres supérieurs : papules assez nombreuses analogues à celles de la face.

Tronc : les lésions prédominent sur les deux faces du thorax. *Rien au niveau du bas-ventre, des flancs et des membres inférieurs.*

D. — TYPE CERVICO-SCAPULO-THORACIQUE**Observation 12** (*Service du D^r JEANSELME*).**Chancre induré de la lèvre supérieure.****Roséole remontée à type cervico-scapulo-thoracique.**

F..., 17 ans, émailleuse. Chancre induré typique sur la ligne médiane de la lèvre supérieure, datant de deux mois et demi, étalé en largeur sur 3 centimètres environ, à cheval sur le bord libre et sur la face muqueuse de la lèvre, faisant une saillie en plateau d'un demi-cent., induré, de couleur rouge sombre.

Depuis 15 jours, exulcération rouge, chair musculaire sur la lèvre

inférieure, dans la partie en contact avec l'accident primitif; il s'agit d'un chancre par auto-inoculation.

Très gros ganglions dans les 2 régions sous maxillaires.

Roséole typique occupant le cou et le tronc; quelques éléments au niveau des membres supérieurs.

Ces éléments sont maculeux, mais font nettement relief, prenant un aspect papuleux.

Observation 13 (Th. MATHIAS. Obs. II).

Chancre de l'amygdale droite.

Roséole remontée à type cervico-scapulo-thoracique.

F..., 29 ans. Examen le 15 janvier 1910. Chancre amygdalien en novembre 1909.

Traitée à l'hôpital Saint-Louis pour phlegmon amygdalien.

Vient consulter à l'hôpital Broca, le 10 janvier 1910, où l'on fait le diagnostic de chancre syphilitique de l'amygdale droite.

Adénopathie sous-maxillaire correspondante.

A la roséole depuis le 1^{er} janvier 1910. Celle-ci occupe la région haute du thorax, les épaules, la nuque et le cou où elle détermine des anneaux érythémateux confluent. Il y a, par endroits, une pigmentation réticulaire donnant l'aspect tyrique d'une syphilide pigmentaire.

Observation 14 (Service du D^r JEANSELME).

Roséole remontée à type cervico-scapulo-thoracique.

H..., 30 ans, 2 chancres extra-génitaux: l'un, au niveau de la lèvre supérieure, médian, en voie de guérison, indolent, et présentant au toucher une induration des plus nettes; l'autre, au niveau de la joue gauche, déjà cicatrisé, se présentant sous l'aspect d'un disque brun, cuivré, ferme, et enchâssé dans la peau.

Entre la date d'apparition des deux chancres, s'est écoulé plus d'une semaine; le deuxième, celui de la joue, s'est cicatrisé le premier, et cela, conformément à la règle qui veut que l'évolution des chancres successifs par auto-inoculation soit plus courte que celle de l'accident primaire.

L'adénopathie qui escorte les chancres est volumineuse, comme c'est aussi la règle, et au milieu de la masse ganglionnaire, on trouve un gros ganglion direct. Au contraire, l'adénopathie à distance est minime. Malade déjà en pleine période secondaire. *Roséole typique*

à localisation cervico-scapulo-thoracique. Papules abondantes au niveau du cou, partie supérieure du tronc et membres supérieurs.

A noter chez ce malade une alopécie en clairière, ici très prononcée; les cheveux viennent sans douleur à la moindre traction. C'est une question de terrain : candidat à la calvitie précoce : pityriasis capitis et séborrhée.

E. — TYPE SCAPULO-THORACIQUE

Observation 15 (*Service du D^r JEANSELME*).

Chancre de la joue gauche.

Roséole remontée à type scapulo-thoracique.

F..., 42 ans, vient consulter à l'hôpital Broca, dans la première quinzaine de juillet 19..., pour un chancre induré de la joue gauche. Il existe en effet, à ce niveau, une ulcération régulièrement arrondie, ayant les dimensions d'une pièce de 5 francs environ, à bords nets, sans décollement, à fond diptéroïde. Cette ulcération donne au toucher une induration des plus nettes et est tout à fait indolente. Au niveau de la région sous-angulo-maxillaire gauche existe un gros ganglion, dur, mobile; quelques petits ganglions aussi mobiles dans la région carotidienne gauche.

Cette ulcération aurait débuté, il y a 3 semaines environ, par un tout petit bouton situé au centre de la joue, bouton que la malade aurait plusieurs fois écorché. Huit jours après le début, l'ulcération aurait déjà atteint les dimensions qu'elle présente aujourd'hui.

Actuellement, il existe au niveau du thorax et des membres supérieurs une roséole très confluyente, papuleuse; des papules se trouvent aussi au niveau de la partie toute supérieure du ventre, mais on ne rencontre aucun élément dans les endroits classiques : partie inférieure de l'abdomen et flancs.

Observation 16 (*Service du D^r JEANSELME*).

Chancre de la lèvre supérieure.

Roséole remontée à type scapulo-thoracique.

F..., 44 ans, ménagère. Début d'une ulcération au niveau de la partie gauche de la lèvre supérieure, sur la portion cruantée. Déve-

loppement progressif sans aucune douleur pendant un mois environ. Actuellement, tendance à la rétrocession. On constate une énorme infiltration de la lèvre supérieure dans presque toute son étendue, sauf le cinquième droit. Surface rouge, chair musculaire, quelque peu végétante, non ulcérée. En avant, on constate une énorme saillie constituée par le gros ganglion direct sous-maxillaire gauche. Dans la région sous-maxillaire droite existent plusieurs ganglions, tuméfiés et indolents. Dans l'épaisseur de la joue droite, glissant sous la peau, existe une masse dure, très bien circonscrite, du volume d'une noisette; il s'agit probablement d'un ganglion aberrant.

La partie de la lèvre inférieure en contact avec l'énorme accident primitif de la lèvre supérieure ne s'est pas autoinoculée. Exostoses douloureuses de la bosse frontale droite, et de la partie externe du rebord sourcilier gauche.

Sur le haut du tronc, partie antérieure du thorax surtout, et sur les membres supérieurs, existe une éruption papuleuse, de couleur bistre. Sur le bas-ventre, soupçon de roséole.

Observation 17 (Service du D^r JEANSELME).

Chancres de l'amygdale droite.

Roséole remontée à type scapulo-thoracique.

H..., 26 ans, se présente avec une éruption abondante de taches faisant un léger relief papuleux, de nuance rose jambonnée, absolument aprurigineuse, occupant exclusivement le tronc et les membres supérieurs. Sur le tronc, cette éruption est particulièrement marquée dans la région sus-ombilicale.

Cette topographie de l'éruption, jointe à l'absence de tout accident primitif actuel ou passé dans les zones génitale et anale, font penser qu'il s'agit d'une syphilis extra-génitale.

En effet, le malade raconte qu'il a eu un mal de gorge persistant, à peine terminé aujourd'hui, et dont le début remonterait à 1 mois 1/2 environ. Ce mal de gorge était, dit le malade, plus prononcé à droite qu'à gauche. L'éruption maculo-papuleuse est apparue cinq semaines environ après le début du mal de gorge.

Actuellement, on ne constate nul vestige de chancre amygdalien, mais de nombreux ganglions de la chaîne carotidienne droite, volumineux, et très mobiles. A gauche, il n'existe rien de semblable.

Pendant trois semaines environ, le malade a eu de la céphalée à pré-

dominance nocturne. De même, depuis le début, douleurs vives dans les masses musculaires du mollet, à recrudescence nocturne.

Il s'est agi sûrement d'un *chancre de l'amygdale droite*.

2° TYPE INFÉRIEUR

ou type d'exanthème généralisé à tous les téguments

Observation 6 (Service du D^r JEANSELME).

Chancre du menton.

Accidents secondaires à type inférieur (généralisé).

Il..., 50 ans, cuisinier. Examen le 20 décembre 19.. Il y a environ deux mois, le malade a vu apparaître sur la partie saillante du menton, ce qu'il appelle « un petit bouton ». Depuis lors, il n'a fait que s'accroître.

Actuellement, il existe une masse du volume d'un petit marron, ferme, parfaitement indolente à la pression, mobile sur le squelette, de coloration rose violacée, surmontée à son point culminant d'une croûte jaune verdâtre, arrondie, de la taille d'une pièce de 0,50 cent., et très adhérente. Si l'on essaye de la soulever on fait sourdre, non pas du pus, mais une sérosité sanguinolente. C'est le type de ce qu'on appelle le chancre *echtymateux*.

Après avoir enlevé la croûte, on voit une exulcération rouge, chair musculaire, d'où s'écoule une sérosité citrine ou légèrement teinté en rose.

Malgré le siège presque médian du chancre, quoiqu'un peu incliné sur le versant gauche du menton, le ganglion direct n'est pas le ganglion mentonnier.

Le ganglion direct, du volume d'une grosse noix occupe la partie antérieure de la région sous-maxillaire gauche.

Depuis 4 ou 5 jours environ, éclosion d'une *éruption floride de papules* de coloration rose et parfois cuivrée, très fournie au niveau de la face, du cou, du tronc, des membres supérieurs, jusqu'au poignet et se terminant sur les cuisses à mi-hauteur.

Il s'agit donc d'une éruption secondaire qui bien que la première en date, n'est pas de la roséole, mais une syphilide papuleuse, d'une érup-

tion qui est très abondante et très largement disséminée puisqu'elle s'observe depuis le front jusque sur le milieu de la cuisse, *et enfin d'une éruption manifestement remontée, car, c'est assurément sur la face que les éléments sont les plus nombreux.*

Le malade est enrôlé depuis une quinzaine de jours. Il n'y a pas encore d'adénopathie généralisée.

Céphalée depuis l'apparition des syphilides cutanées.

Quelle a été l'origine de ce chancre?

Ce malade se rase habituellement lui-même, mais tous les mois environ, il va chez le barbier se faire couper les cheveux; il profite alors de l'occasion pour se faire raser, et c'est probablement ainsi qu'il aura été inoculé.

Le malade dit qu'il a remarqué le « petit bouton » peu après avoir été chez le barbier, et comme il y va tous les mois environ, on peut supposer qu'il avait été inoculé la fois précédente.

10 mars 19.. — Le malade revient à Broca le chancre complètement cicatrisé. Mais il a toujours une éruption, malgré le traitement (huile grise); on constate en effet, une éruption de grosses papules saillantes, d'un rouge vineux, disséminées par petits groupes sur le front, la racine du nez, et surtout dans la moustache où ils sont réellement confluents.

Un élément sur le bord de la paupière supérieure droite, en son milieu, donnant tout à fait l'aspect d'un chalazion.

Papules très nombreuses aussi sur le cuir chevelu.

Nombreux éléments de même aspect disposés aussi par groupes, sur la face postérieure du cou.

Éléments plus rares sur les faces antéro-externes.

On remarque de la syphilide pigmentaire du cou; sur un fond uniformément bistré se détachent des lunules claires.

L'éruption papuleuse actuelle du cou ne paraît pas intervenir dans la genèse de la syphilide pigmentaire.

L'éruption papuleuse est très abondante, et cela d'une manière symétrique sur le moignon des deux épaules et la région scapulaire. Quelques rares éléments disséminés sur les bras et sur le tronc. Pas un seul élément sur les membres inférieurs. *En somme topographie nettement céphalo-cervico-scapulo-thoracique.*

Plaques muqueuses abondantes de l'isthme du gosier.

Rhinite spécifique.

Ni céphalée, ni rachialgie, ni douleurs dans les membres. Etat général satisfaisant.

Il est à noter dans cette observation que si, au début, l'éruption était généralisée, mais aussi *remontée*, dès que le traitement a été institué.

les éléments se sont localisés de telle façon que nous avons eu à faire à une roséole remontée à type céphalo-cervico-scapulo-thoracique.

Observation 18 (*Service du D^r JEANSELME*).

Chancre de la paupière.

Roséole remontée à type inférieur ou généralisé.

F..., 24 ans. Examen le 20 mai 19..., à l'hôpital Broca. *Syphilides maculo-papuleuses bien fournies, occupant la face, le cou, les membres supérieurs, le tronc et la partie supérieure des cuisses.*

Les éléments sont surtout abondants sur le visage (quelques disques cuivrés à centre érodé et croûteux sur le front), nombreux au pourtour du nez et de la bouche.

Quelques plaques muqueuses amygdaliennes. Céphalée depuis 10 jours. Adénopathie modérée. L'éruption date de 3 semaines.

Sur le bord libre de la paupière supérieure gauche, à un point rapproché de l'angle externe de l'œil, élément petit, exulcéré, constituant une sorte de plateau papuleux, de nuance rouge éteint. *Cet élément qui a précédé l'éruption de 12 à 15 jours, est indolent et nettement induré.* Il y a tout lieu de croire qu'il s'agit de l'accident primitif. Il existe un ganglion de la grosseur d'un pois au-dessous du lobule de l'oreille gauche qui n'a pas d'analogue du côté opposé.

Observation 19 (*Service du D^r JEANSELME*).

Chancre de la joue gauche.

Roséole remontée à type inférieur ou généralisé.

H..., 47 ans, chiffonnier, fait le tri dans les poubelles. Remet de côté le papier qui est souvent mélangé avec des tampons de coton, imbibé de pus. Souvent aussi, il y a de vieilles chemises maculées de sang. Cet homme fait ce métier depuis 36 ans et n'a jamais eu même de panaris.

Début il y a 2 mois environ d'une écorchure située au centre de la joue gauche, d'abord insignifiante, mais qui a progressé depuis en dépit des topiques.

Actuellement, on a à faire une ulcération, ou plutôt une exulcération, de la grandeur d'une pièce de cinq francs environ, recouverte d'une grosse croûte, jaune et montueuse, en partie à nu, et de couleur rouge vif.

Cette ulcération est tout à fait indolente, taillée en godet, cernée par un bourrelet d'un rose éteint, et repose sur une plaque de consistance de carton, comprenant toute l'épaisseur du derme.

Cette induration est mobile sur les tissus profonds.

Gros ganglion direct sous maxillaire gauche.

Tous les ganglions cervicaux gauches sont volumineux, de la taille d'une noisette et soulèvent la peau.

Il en existe d'autres, volumineux également, dans l'aisselle gauche.

Ceux de la région cervicale droite et de l'aisselle droite sont moins gros.

Pas de ganglions épitrochléens. Pléiade ganglionnaire inguinale.

Eruption très fournie, papuleuse ou papulo-tuberculeuse, occupant le cuir chevelu, la face, le tronc, et la face antérieure des cuisses (triangle de Scarpa); les membres supérieurs sont également atteints jusqu'à la partie antérieure des avant-bras.

Plaques muqueuses balano-préputiales.

A remarquer donc que l'éruption, d'une part, a un *type papulo-ulcéreux*, et non pas roséolique, et que, d'autre part, l'éruption est *remontée*.

Comme c'est la règle dans les cas de forme maligne précoce, pas d'ulcération des muqueuses. Pas de céphalée.

Nous croyons encore intéressant peut-être, de rapporter ici une observation qui démontre bien le rôle des infections secondaires dans l'évolution et le pronostic de la syphilis, *et surtout* (point intéressant et en rapport avec notre étude) que *la roséole suit le chancre*. C'est ainsi que dans le cas particulier nous avons vu l'éruption secondaire débiter sur le membre qui portait l'accident initial.

Observation 20 (Service du D' JEANSELME).

Chancre de la main droite.

Eruption secondaire ayant débuté sur le membre qui portait l'accident initial.

F..., 49 ans, peaussière. A la fin octobre 19.., la malade travaillait dans un atelier de peaux; elle les apprêtait à neuf et les faisait sécher à l'étuve. En accrochant une peau à un clou à crochet pour la faire

sécher, la malade a fait un faux pas et s'est blessée en se rattachant au clou. Le dos de la main droite a été perforé au niveau de la quatrième commissure interdigitale.

La plaie était petite, peu douloureuse et la malade a pu travailler encore deux jours, mais peu à peu apparut de l'engourdissement du bras et un gros ganglion de l'aisselle correspondante.

La petite plaie s'est étendue, devenant large comme une pièce de 0 fr. 50 centimes. Au bout de quinze jours, le ganglion enflammé est devenu très douloureux, et une incision suivie de drainage fut nécessaire. Au bout de quinze jours, le ganglion était complètement guéri.

La plaie de la main a gagné longitudinalement au niveau du quatrième espace intermétacarpien formant une deuxième plaie, aussi large que la première à l'extrémité supérieure de ce quatrième espace.

C'est alors que la malade est entrée à l'hôpital Broca le 3 décembre 19... La plaie est soignée par des pansements humides.

Dans la première semaine de janvier 19., elle a commencé à souffrir d'une céphalée intense et continue, en même temps *qu'apparaissaient au niveau de l'épaule droite les premiers éléments de la maladie actuelle*. Il n'y avait eu ni roséole, ni réaction ganglionnaire généralisée. C'étaient de *petites plaques rougeâtres, légèrement surélevées, de véritables papules*.

Peu à peu, les éléments deviennent de plus en plus abondants, et fin janvier, la malade présente tous les symptômes d'une syphilis maligne précoce.

Les lésions cutanées ont succédé à l'accident initial deux mois après, sans roséole et probablement, sans retentissement ganglionnaire.

On constate deux sortes d'éléments.

1° Éléments psoriasiformes. des papules arrondies, de couleur rouge, de dimensions variables. Quelques-unes très larges, légèrement squameuses par places. Ces papules sont nombreuses, sont disséminées un peu partout sur la partie antérieure du thorax, aux jambes, sur la face, à la paume des mains; c'est surtout à ce niveau que l'aspect psoriasiforme est le plus net.

2° Des éléments ulcéreux.

D'abord, nodosités rouges, violacées; en voie de ramollissement, puis, éléments ulcérés avec perte de substance laissant un fond irrégulier qui suppure abondamment. Au pourtour, une zone rouge, saillante, infiltrée.

3° Des gommès.

Une gomme dans la joue, mobile et non douloureuse, de la grosseur d'une noix.

Une gomme nacrée au niveau du coude : bords à pic, fond irrégulier, liquide gommeux.

Un amas de gommes à la face interne de la jambe gauche formant un large cratère bilobé entouré de petits cratères secondaires.

La topographie de ces lésions est intéressante.

Les éléments sont nombreux au niveau des avant-bras; en particulier au niveau de l'avant-bras gauche. Il y a également d'éléments au niveau du bras droit, siège de l'accident initial. Enfin, gommes et ulcérations sont abondantes à la jambe droite. L'examen de la gorge et de la langue ne montre aucune plaque muqueuse.

Poumons. — Quelques râles de bronchite.

Cœur. — Normal.

Foie et rate. — Normaux.

Réflexes normaux.

Urinés ne contiennent ni sucre, ni albumine.

En somme, on se trouve en présence d'une syphilis à systématisation tégumentaire dont l'invasion rapide peut s'expliquer par l'association au début d'accidents streptococciques et triponémiques. Et chose extrêmement importante, il est à remarquer que l'éruption secondaire est apparue d'abord sur le membre qui portait l'accident initial.

Traitement à l'huile grise. — Application locale d'emplâtre de Vigo.

CONCLUSIONS

1° Il ressort de nos constatations que dans un grand nombre de cas où l'on a observé un chancre céphalique, la roséole se présente avec des caractères morphologiques et surtout *topographiques* sensiblement différents de ceux de la roséole classique. Avec notre maître, M. Jeanselme, nous désignons ce type d'efflorescences secondaires sous le nom de « roséole remontée », l'éruption consécutive au chancre céphalique étant surtout manifeste et quelquefois même exclusivement apparente sur le haut du corps, c'est-à-dire, le cuir chevelu, le visage, le cou, la nuque et le haut du thorax « comme si elle avait été attirée par le siège céphalique du chancre ».

2° Cette roséole à type remonté et consécutive au chancre de l'extrémité céphalique est habituellement d'apparition plus précoce que la roséole classique.

3° Bien que nous désignons cette éruption sous le terme de roséole pour bien mettre en lumière qu'elle constitue la première preuve visible de l'envahissement de l'organisme par le tréponème, nous devons signaler qu'elle affecte plus rarement le type maculeux que le type maculo-papuleux ou papulo squameux.

4° Comme la roséole, en général a son maximum d'intensité au voisinage de l'accident primaire, on conçoit que dans le

chancre céphalique, la roséole soit « remontée ». Un peu schématiquement nous avons distingué deux types :

a) Dans un cas, l'éruption est limitée à la partie supérieure du corps; c'est le *type supérieur*, céphalo-cervico-scapulo-thoracique.

b) Dans l'autre, l'éruption, tout en existant sur les parties inférieures du corps se voit aussi dans les régions sus-diaphragmatiques. C'est ce que nous avons désigné sous le nom de *type inférieur* ou encore *type généralisé*.

5° Sans que l'on possède de constatations précises, on peut supposer, par analogie, que le tréponème est plus abondant et s'embolise plus facilement dans les capillaires voisins de l'accident primitif. Il est démontré, en effet, que le bacille de Hansen est plus fréquent dans les capillaires voisins d'un léprome que dans le sang de la circulation générale (Jeanselme). De même, Nattan Larrer et Nicolaïdis ont démontré que la *Leishmania furunculosa* (Blanchard) s'observe dans les capillaires situés au pourtour du « Bouton d'Orient », alors qu'il est impossible d'en constater dans le sang puisé au pli du coude.

6° La connaissance de ces roséoles remontées doit faire penser, même en l'absence de tout antécédent spécifique connu, à la syphilis et de plus inciter à rechercher le chancre sur le territoire qui est occupé par cette roséole à siège anormal.

Vu, le président de la thèse :

GILBERT.

Vu, le doyen :

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le vice-recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- AUGAGNEUR : *Précis des maladies vénériennes.*
- BALZER : *Traité de médecine Brouardel et Gilbert.*
- BARTHÉLEMY : *Annales de dermatologie et de syphiligraphie.* T. X, 1899.
- BASSEREAU : *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis,* 1852.
- BAUDOUIN : *Syphilis graves précoces.* Th. Paris, 1899.
- BAZIN : *Leçons sur la syphilis.* 1866.
- BERDAL : *Traité de la syphilis.*
- BESNIER : *Réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis, 1888-1889.* « Syphilis secondaire à un accident initial introuvable ».
- BROCO : *Traité de dermatologie.*
- BROUSSE : *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.* Paris, 1891, 211. « Sept chancres infectants de la face ».
- CAZENAVE : *Traité des syphilides.* 1843.
- CHÉREL : *Contribution à l'étude des diverses formes de syphilis graves, précoces, et leurs causes.* Th. Paris, 1907-1908, n° 233.
- CORNIL : *Leçons sur la syphilis.* 1877.
- CULLERIER : *De la syphilide maculeuse du cou.* (*Gazette hebdomadaire médicale*). Paris, 1855, n°s 834-836.
- DANLOS et DEHÉRAIN : *Annales de dermatologie.* Mars 1906, p. 269.
- DESPRÉS : *Traité thérapeutique et pratique de la syphilis.* 1872.
- DUBUC : *Des syphilides malignes et précoces.* Th. Paris, 1864.
- DU CASTEL : *Chancres génitaux et extra-génitaux.* 1895.

- DUMAS : *Quelques considérations sur la voie que prend la syphilis pour envahir l'économie*. Th. Strasbourg, 1866.
- DUNCAN BULKLEY : *Syphilis in the innocent*. New-York, 1893.
- DURING (Von) : *Leçons cliniques sur la syphilis*.
- FOURNIER : *Des syphilides papuleuses et papulo-squameuses*. (*Gazette des Hôpitaux*). Paris, 1886, n° 855.
Leçons sur le chancre. Paris, 1858.
Des facteurs de gravité de la syphilis. (*Semaine médicale*). Paris, 1886, nos 225-245-265.
Chancres extra-génitaux. Paris, Rueff.
Chancre céphalique. Paris, Rueff.
Traité de la syphilis. Paris, Rueff.
- FEULARD : *Chancres syphilitiques extra-génitaux*, (*Annales de Dermathologie et de Syphiligraphie*). Paris, 1890, nos 320-325.
- FINGER : *Traité de la syphilis*.
- GALLOWAY : *Deux cas de chancre extra-génital*. (*British Journal of dermatologie*). Octobre 1899.
- GARRIC : *Thèse*. Paris, 1907.
- GAUCHER et MILIAN : *Annales de dermatologie*. Mars 1903. *Echéance avancée de la période secondaire après le chancre des lèvres buccales*. Paris.
- GOYON : *Chancre du menton*. Thèse Lyon, 1906-1907.
- GUIGNARD : *Contribution à l'étude des chancres extra-génitaux*. Paris, 1882.
- HALLOPEAU et LEREDDE : *Traité de dermatologie*. 1900.
- HALLOPEAU : *Compte-rendu*. (*Académie des sciences*). Avril 1911.
- HARDY : *Éruption syphilitique à forme rare, consécutive à un chancre amygdalien*. (*Gazette des Hôpitaux*). 1854, p. 833.
- JEANSELME : *Leçons cliniques de l'hôpital Beaujon*. 1908-1910.
Chancre du menton. (*Journal des praticiens*). Octobre 1907.
Chancres extra-génitaux. (*Gazette des hôpitaux*). 1906, p. 625.
Les Syphilitiques. (*Journal des Praticiens*). 1906.
- JEANSELME et RITZ : *Traité de pathologie exotique*. Paris-Masson.
- LÉVI-BING : *Le microorganisme de la syphilis*.
- LAFFONT et LÉVY-BING : *La syphilis expérimentale*. Paris, Doin, 1911.
- LANCEREAUX : *Traité de la syphilis*. Paris, Doin, 1911.
- LEGENDRE : *Le chancre amygdalien*. (*Archives général. de Médecine*). Janvier-mars 1884.

LÉGER : *Thèse*. Paris, 1906.

LEVADITI et ROCHÉ : *La syphilis*. Paris-Masson, 1909.

LUISI : *Thèse*. Paris, 1904.

MATHIAS : *De la syphilide pigmentaire*. Th. Paris, 1910.

MOREL-LAVALLÉE : *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*. (Séance du 4 mai 1899).

NADAU DES ISLETS : *Thèse*. Paris, 1858.

NÆGGERATH et STÆHELIN : *Wüch, médiz. Woch*, 1905, n° 31.

NEISSER : *Annales de dermatologie*. 1885, p. 182.

NIVET : *Thèse*. Paris, 1887. *Chancres extra-génitaux*.

PIPEI : *Thèse*. Paris, 1908. *Pronostic de la syphilis à chancre extra-génital*.

POELCHEN : *Virchow's Archiv für pathologische Anat. und. Phys.* 1887.

RAVAUT et POUSSELLE : *Gazette des Hôpitaux*. Juillet 1906, n° 86.

RENAULT (Alex.) : *Roséole étendue à la face*. (*Annales de la Société de dermatologie et syphiligraphie*). Troisième série. Tome X. 1899 (4 mai).

Chancre syphilitique de la voûte palatine. (*Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*). Juillet 1907.

RICHON : *Chancre induré de la paupière inférieure suivi d'accidents secondaires graves et précoces*. (*Gazette des Hôpitaux*). Paris, 1881, p. 620.

RICORD : *Leçons sur le chancre*. 1869.

Causes et point de départ de la syphilis. (*Bulletin académique médical*). Paris, 1842-43, p. 605.

SCHAINFELD : *Syphilis expérimentale*. Th. Montpellier, 1905.

STOURME : *Essai sur le pronostic du chancre céphalique induré*. Th. Lyon, 1881.

THIBIERGE : *T. M. Charcot-Bouchard*. Brissaud, t. III.

VAN HARLINGEN (A.) : *Ten cases of extra-genital chancre*. (*Phila-in-Times*). 1884-85, XV, 80-84.

VESLIN (L.) : *Relevé des chancres extra-génitaux observés dans clinique du 1^{er} février 1888 au 1^{er} février 1889*. (*Annuaire de dermatologie et syphiligraphie*). Paris, 1890, p. 317.

VIGUIER : *Etude sur les chancres infectants extra-génitaux*. Th. Paris, 1888.

ZEPFFEL : *Eruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face*. Th. Paris, 1910.

AUXERRE

Imprimerie Auxerroise (J. PIGELET, directeur)

11, rue de Valmy
